

Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung

Erscheint in: Schimank, Uwe/Lange, Stefan (Hrsg.): Governance und gesellschaftliche Integration. Opladen: Leske + Budrich 2003

Nils C. Bandelow

1 Einleitung

Die Integration verschiedener Teilsysteme der modernen Gesellschaft (Systemintegration) stand in den letzten Jahrzehnten oft nur am Rande gesellschaftswissenschaftlicher Problem-
analysen (Schimank 2000: 449; Schimank/Lange 2002). Das Gesundheitssystem stellt hier
einen Ausnahmefall dar: Die systemintegrativen Schwierigkeiten - vor allem im Verhältnis
zum Wirtschaftssystem - werden zunehmend als Kernproblem der deutschen Gesellschaft
gesehen, wie im zweiten Abschnitt gezeigt wird. Im dritten Abschnitt werden die Ursachen
dieser Integrationsprobleme und mögliche systemtheoretische Therapieoptionen diskutiert.
Die Probleme der Systemintegration des Gesundheitswesens hängen eng mit den speziellen
Steuerungsmechanismen in diesem Bereich zusammen. Im vierten Abschnitt werden daher
die institutionellen Ordnungen der deutschen Gesundheitspolitik vorgestellt und im Hinblick
auf ihren Beitrag für die Erklärung der Integrationsprobleme des Gesundheitssystems analy-
siert. Dabei wird gezeigt, dass die vorherrschenden Verhandlungsstrukturen im Gesund-
heitswesen aus verschiedenen Gründen zu den besonderen Integrationsproblemen
beitragen. Daher werden im fünften Abschnitt die Präferenzgrundlagen und Konstellationen
der wichtigsten korporativen Akteure im Hinblick auf die Möglichkeiten einer Problemlösung
durch hierarchische Steuerung dargestellt. Der abschließende Ausblick diskutiert die
Chancen und Probleme einer grundlegenden Umgestaltung des Gesundheitssystems mit
dem Ziel einer langfristigen Reduktion der Integrationsprobleme. Leitfrage des Beitrags ist
somit, ob und wie sich die Integrationsprobleme des deutschen Gesundheitswesens in
Zukunft lösen (lassen) werden.

2 Integrationsprobleme des Gesundheitssystems

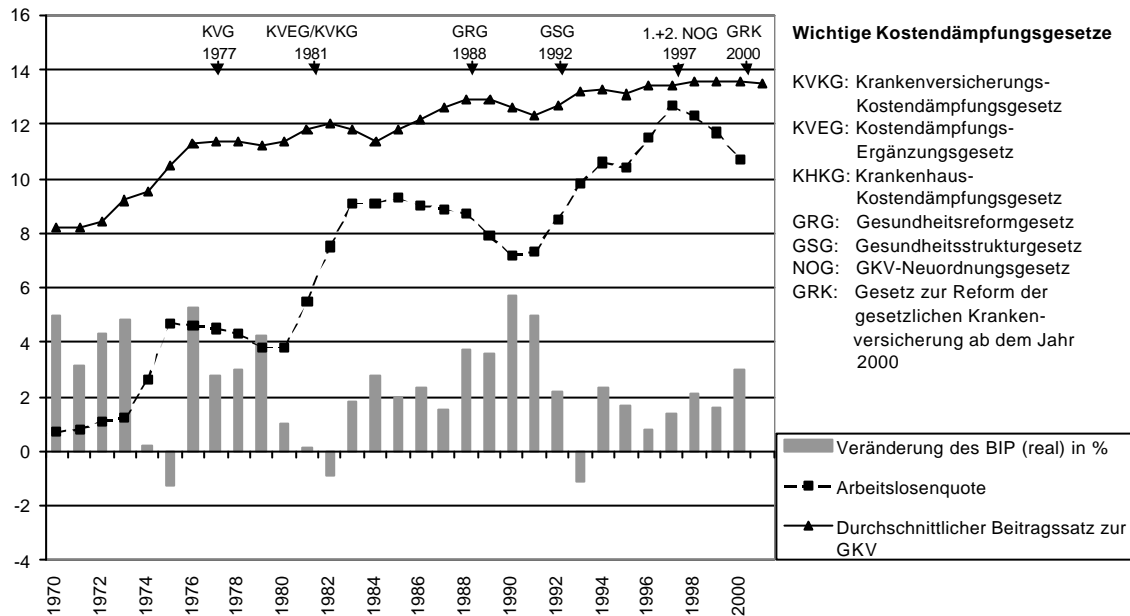
Das wichtigste Problem moderner Gesellschaften im Bereich der Systemintegration ist die
Dominanz des Wirtschaftssystems über andere Teilbereiche der Gesellschaft. Insbesondere
der Wohlfahrtsstaat wird zunehmend durch ökonomische Zwänge dominiert. Diese

Entwicklung hängt in vielen Bereichen des Wohlfahrtsstaats mit Prozessen der Entgrenzung und Globalisierung zusammen. Diese Prozesse sind durch eine Ungleichzeitigkeit gekennzeichnet: Die Globalisierung der Wirtschaft ist mit einem Abbau von Spielräumen anderer Teilsysteme auf nationaler Ebene verbunden, ohne eine zeitgleiche Neugewinnung der Eigenständigkeit dieser Teilsysteme auf transnationaler oder supranationaler Ebene zu ermöglichen (vgl. Schimank/Lange 2002). Besonders eindrucksvoll wurde dieses Problem Mitte der 1980er Jahre durch Fritz Scharpf am Beispiel der Europäischen Integration gezeigt: Die Vollendung des Binnenmarktes durch einen Abbau nationaler Handelsbeschränkungen (negative Integration) konnte durch einfache Entscheidungen supranationaler Institutionen vorangetrieben werden. Die Formulierung neuer supranationaler Regeln (positive Integration) zur Sicherung der Ziele - etwa des Gesundheitssystems - setzte dagegen intergouvernementale Abstimmungen voraus, die in den gegebenen Institutionen an den jeweiligen Interessenkonflikten zwischen den Regierungen scheiterten (vgl. Scharpf 1988). Erst in den 1990er Jahren werden auch Tendenzen deutlich, die in einzelnen Feldern Maßnahmen positiver Integration ermöglichen und so der Tendenz einer ökonomischen Überintegration der betroffenen Systeme entgegenwirken (Eichener 1996, Scharpf 1998). Derartige Möglichkeiten, auf EU-Ebene europäische Regelungen der Dominanz ökonomischer Zwänge entgegenzusetzen, sind im Gesundheitswesen aber nach wie vor begrenzt. Vor allem die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten stehen hier Einigungen entgegen (vgl. Bandelow 1998: 135-140; Schmid 2002).

Gleichzeitig ist gerade in Deutschland das Gesundheitssystem vom Wirtschaftssystem abhängig. Die über 200 Milliarden Euro, die in Deutschland jährlich für gesundheitliche Sachleistungen ausgegeben werden, werden zum größten Teil über Beiträge zur Sozialversicherung finanziert. Das wichtigste Element des deutschen Gesundheitswesens ist die bereits 1883 eingeführte gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die etwa 90 Prozent der Bevölkerung als Pflichtmitglieder, mitversicherte Familienangehörige, Rentner oder freiwillige Mitglieder betreut. Die insgesamt knapp 300 gesetzlichen Krankenkassen leiten einen großen Teil der Gesundheitsausgaben von privaten Haushalten und Arbeitgebern an die jeweiligen Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Pharmaindustrie etc.) weiter. Diese Konstruktion der Finanzierung von Gesundheitsleistungen über Lohnnebenkosten führt zu einer engen Abhängigkeit von Wirtschafts- und Gesundheitssystem. Der Beitragssatz der Krankenkassen hängt dadurch nicht nur von den Ausgaben, sondern auch von der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen (Grundlöhne) ab. Diese Überintegration des Gesundheitssystems mit dem Wirtschaftssystem ist einer der wichtigsten Gründe für die Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Zwischen 1980 und 2000 ist der relative Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt

(BIP) nahezu konstant. Seit 1996 ist dieser Anteil sogar von 7,0 Prozent auf 6,5 Prozent zurückgegangen (vgl. unten Tabelle 1). Dennoch hat sich der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten erhöht (vgl. Übersicht 1).

Übersicht 1: Beitragssatzentwicklung der GKV und wichtige Bestimmungsfaktoren



Quelle: Bandelow 2002: 117.

Der Anstieg der Krankenkassenbeiträge ist vor allem in den 1980er Jahren wesentlich auf Entwicklungen des Wirtschaftssystems zurückzuführen. Niedrige oder negative wirtschaftliche Wachstumsraten und ein Anstieg der Arbeitslosigkeit erzeugen daher Finanzierungsprobleme der Krankenkassen. Das Problem der Massenarbeitslosigkeit spiegelt sich unter anderem in der unbereinigten Lohnquote als Grundlage für die Krankenkasseneinnahmen wider. So ist zwischen 1982 und 1990 die Lohnquote um mehr als sechs Prozent gefallen (vgl. BMA 2001). Bei einer Lohnquote in Höhe der frühen 1980er Jahre wären die Kassenbeitragssätze heute rechnerisch um etwa zwei Prozent niedriger (Reiners 1999: 50).

Die Möglichkeiten des Gesundheitssystems, auf sinkende Grundlöhne mit Beitragssatzsteigerungen zu reagieren, sind aber gleichzeitig ebenfalls durch das Wirtschaftssystem begrenzt. So wird davon ausgegangen, dass eine Erhöhung der durchschnittlichen GKV-Beitragssätze um einen Prozentpunkt über 60.000 Arbeitsplätze in der gewerblichen Wirtschaft kostet (SVRKAiG 1996: 242). Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems, die durch das Wirtschaftssystem ausgelöst werden, können daher in den gegebenen Strukturen nicht immer vom Gesundheitssystem an das Wirtschaftssystem zurückverlagert werden, ohne problemverschärfende Rückkoppelungsschleifen auszulösen,

bei denen höhere Arbeitslosenquoten zu geringeren GKV-Einnahmen führen, diese dann Beitragssatzsteigerungen auslösen und dadurch über erhöhte Lohnnebenkosten wiederum die Arbeitslosenquoten erhöht werden. Dadurch können Gesundheitssystem und Wirtschaftssystem sich durch ihre zu enge Verflechtung gegenseitig vor unlösbare Probleme stellen. Bisher war es zwar weitgehend möglich, die Ziele des deutschen Gesundheitswesens (umfassende gesundheitliche Versorgung für die gesamte Bevölkerung) weitgehend zu erfüllen. Die zunehmenden Pleiten einzelner Arztpraxen und insbesondere die drohenden Finanzierungskrisen der Krankenhäuser scheinen aber eine uneingeschränkte Funktion des Gesundheitswesens zunehmend in Frage zu stellen (vgl. Bandelow 2002).

Diese Probleme drohen sich im Zuge der demographischen Entwicklung noch zu verschärfen. Insbesondere bis zum Jahr 2030 gehen Prognosen von einem deutlichen Anstieg des Anteils älterer Menschen in Deutschland aus. Die Auswirkungen dieser Veränderung für die Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens sind zwar in der Wissenschaft umstritten, da nicht klar ist, ob allein ein höheres Lebensalter auch zu höheren Gesundheitsausgaben führen muss. Dafür sprechen zwar Vergleiche der Gesundheitsausgaben zwischen jüngeren und älteren Menschen. Auf der anderen Seite könnte der technische Fortschritt aber auch dazu führen, dass die Gesundheit älterer Menschen sich wesentlich verbessert und dadurch auch Einsparungen möglich sind. Die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung hängen daher weniger von der Altersstruktur ab, als vielmehr von der Entwicklung der Todesursachen. Ein großer Teil der Gesundheitsausgaben wird in den Jahren vor dem Tod notwendig. Dabei sind bestimmte Sterbeursachen (etwa Krebserkrankungen, insbesondere in Verbindung mit Multimorbidität) besonders kostenintensiv (vgl. dazu detailliert Hof 2001).

Unabhängig von den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Ausgabenentwicklungen des Gesundheitssystems beeinflusst die Altersstruktur der Bevölkerung aber auch die Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung: Der Anteil abhängig Beschäftigter ist unter älteren Menschen deutlich geringer als unter jungen Menschen, sodass im Rahmen der gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen eine Verschärfung der Finanzierungskrise des Gesundheitssystems auch dann zu erwarten ist, wenn die Ausgaben sich nicht wesentlich erhöhen (vgl. Bandelow 2002).

Neben der allgemeinen Ressourcenabhängigkeit vom Wirtschaftssystem weist das Gesundheitssystem über Teilbereiche Überlappungen zu anderen Teilsystemen auf (vgl. Mayntz/Rosewitz 1988: 155-157). Diese Überlappungen betreffen (1) das politisch-administrative System (über die Gesundheitsämter, die institutionell dem politisch-administrativen System, funktionell aber auch dem Gesundheitssystem zuzuordnen sind), (2) das Wissenschaftssystem (über die medizinische Forschung) und (3) das Wirtschaftssystem

(über die pharmazeutischen und die medizintechnischen Industrien). Die genannten Überlappungsbereiche bergen jeweils Konflikte, da die unterschiedlichen Logiken der verschiedenen Systeme integriert werden müssen.

3 Ursachen der Integrationsprobleme und systemtheoretische Therapieoptionen

Diese bisher skizzierten Integrationsprobleme vor allem zwischen Wirtschafts- und Gesundheitssystem sind Ausgangspunkt einer Vielzahl von Steuerungsversuchen des politischen Systems. Seit 1977 versuchte der Gesetzgeber mit insgesamt 18 Reformpaketen die Strukturen des Krankenversicherungssystems wesentlich zu verändern. Keines dieser Reformpakete konnte aber bisher die Abhängigkeit des Gesundheitswesens von wirtschaftlichen Entwicklungen überwinden. Das Gesundheitswesen bietet somit nicht nur ein klassisches Beispiel für zunehmende systemintegrative Probleme, sondern auch für die Schwierigkeiten, diese Probleme durch politische Maßnahmen zu beheben. Diese Schwierigkeiten werden in der politikwissenschaftlichen Theorie auf unterschiedliche Zusammenhänge zurückgeführt. Dabei hängt die jeweilige Einschätzung der Möglichkeiten zur Bewältigung dieser Probleme wesentlich mit der gewählten Erklärungsperspektive zusammen.

Aus systemtheoretischer Perspektive kann sich zunächst ein prinzipieller Pessimismus gegenüber Versuchen der politischen Lösung der Probleme des Gesundheitswesens ergeben. Danach hat sich Mitte des 19. Jahrhunderts das Gesundheitswesen als autopoietisch operierendes Teilsystem ausdifferenziert (vgl. zur historischen Entwicklung Mayntz/Rosewitz 1988). Als selbstreferentielles Teilsystem erzeugt es nicht nur seine Strukturen, sondern auch die Elemente, aus denen es besteht, fortlaufend selbst (Luhmann 1997: 65). Da es sich in allen Operationen auf sich selbst bezieht, ist es wie andere Teilsysteme prinzipiell nicht von außen steuerbar. Das Gesundheitswesen bearbeitet alle Umwelteinflüsse auf Grundlage seines spezifischen Codes „krank/gesund“. Eine Besonderheit des Systems liegt darin, dass nicht der positive Wert „gesund“, sondern die negative Codierung „krank“ das Prozessieren des Systems auslöst (vgl. Hartmann 2002: 26). Der positive Wert ist dagegen unbestimmt und nie endgültig zu erreichen. In dieser Besonderheit des „Krankheitssystems“ ist die Möglichkeit einer Verselbständigung angelegt, indem das System unbegrenzt steigende Ressourcen beansprucht: „Die Ansprüche auf Hinausschieben des Todes, auf Festhalten der Jugend, auf Heilung von Krankheiten, auf Linderung oder Betäubung von Schmerzen haben einen festen Rückhalt am Körper des Menschen. Sobald ihre Erfüllung möglich ist, läßt sich ihre Nichterfüllung kaum mehr begründen“ (Luhmann 1983a: 43).

Aus dieser Sicht ist also nicht die Überintegration, sondern vielmehr die erfolgreiche Differenzierung des Subsystems das zentrale Problem der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen operiert zwar äußerst erfolgreich bei der Erfüllung seines Ziels, kann aber politisch nicht zur Berücksichtigung der negativen Folgewirkungen eines zu hohen Ressourcenverbrauchs für andere Subsysteme gezwungen werden (vgl. Hartmann 2002: 13-14).

In systemtheoretischen Analysen werden prinzipiell drei Therapieansätze zur Korrektur der Verselbständigung des Gesundheitswesens diskutiert (vgl. Rosewitz/Schimank 1988: 301-304). Ein politisch vor allem in den 1990er Jahren genutzter Ansatz ist der Versuch einer Globalsteuerung durch Verknappung der Ressourcen des Gesundheitswesens. Dieser Ansatz liegt den sektoralen und globalen Budgetierungsversuchen der Gesundheitsausgaben zu Grunde, die zwischen 1992 und 2003 in einer Vielzahl von Gesetzentwürfen und Gesetzen Anwendung fanden und finden. Der Erfolg dieser Maßnahmen ist auf den ersten Blick durchaus beachtlich: Es ist zumindest gelungen, den Anstieg des Ressourcenverbrauchs des Gesundheitswesens in den letzten Jahren deutlich zu bremsen. Die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sind in den letzten Jahren kaum noch gestiegen. Die Ausgabenanteile der Gesetzlichen Krankenversicherung als wichtigstes Element des Krankheitssystems sind sogar nahezu stabil (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Anteile der GKV-Ausgaben am BIP und Anteile der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland

Jahr	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
GKV*	6,1	5,9	6,5	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	6,6	6,7	6,6	6,5
gesamt**	8,8	8,7	9,1	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6

* Anteile der GKV-Ausgaben am BIP (Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft, eigene Berechnungen).

** Anteile der gesamten Ausgaben für gesundheitliche Sachleistungen am BIP (Quelle: OECD).

Die Budgetierung führt aber nicht dazu, dass eine präventive Abwägung zwischen den effizientesten, demokratisch gewollten und ethisch gewünschten Verwendungen der verbleibenden Mittel möglich wäre. Das Subsystem Krankheit wird durch begrenzte Mittel lediglich bei seinem unveränderten Streben nach maximaler Gesundheit gebremst und schlimmstenfalls vollständig gelähmt. Eine globale Budgetierung kann daher dazu führen, dass nicht die unerwünschten Wirkungen eines uneffizient strukturierten Gesundheitswesens, sondern die erwünschten Wirkungen der effektiven Heilung von Krankheiten gebremst werden (vgl. Rosewitz/Schimank 1988: 302).

Eine ebenfalls bereits von Luhmann vorgeschlagene und weniger „blinde“ Therapie zur Lösung von Verselbständigungsprozessen liegt in der Beobachtung des eigenen Systems unter Berücksichtigung der möglichen negativen Folgewirkungen des Systems für andere Teilsysteme („Reflexion“, vgl. Luhmann 1997: 757). Das Krankheitssystem zeigt bisher vor allem aufgrund des unbestimmten Gesundheitsbegriffs kaum erfolgreiche Ansätze einer Anpassung der eigenen Operationen an die Bedürfnisse anderer Subsysteme (vgl. Luhmann 1983b). Mögliche zukünftige Lösungsansätze werden in der jüngeren Literatur vor allem im Hinblick auf die Möglichkeit einer umfassenden Zweitcodierung zur Ergänzung des kaum reflexionsfähigen Gesundheitsbegriffs diskutiert. Dazu könnte das „Krankheitssystem“ gezielt Randbereiche (etwa private „Wellnessbereiche“) integrieren. Auf diesem Weg ließe sich ergänzend zum Kriterium der Krankheit etwa das Kriterium der Lebensqualität in die Operationen des Gesundheitswesens integrieren. Die Beurteilung möglicher Anlässe für die Erbringung von Leistungen des Gesundheitswesens könnte stärker differenziert und an gesellschaftliche Bedürfnisse angepasst werden (vgl. Hartmann 2002: 62-63; 254; 259-260). Der Vorschlag einer Verbesserung der Reflexionsmöglichkeiten des Gesundheitssystems durch Integration anderer Bereiche ist allerdings gegenwärtig eher abstrakt und müsste vielfältige rechtliche und politische Hindernisse überwinden. Es ist durchaus fraglich, ob eine daraus möglicherweise resultierende Befreiung der Ärzte von der grundsätzlichen Verpflichtung zur Bekämpfung jeder „Krankheit“ rechtlich durchsetzbar ist. Eine solche Strategie wäre auch politisch umstritten. Unter anderem ist sie mit dem Risiko verbunden, dass gesellschaftlich nicht akzeptierte Kriterien (etwa das Alter von Patienten) über die Bereitstellung medizinischer Hilfe entscheiden. Vor allem in Deutschland dürfte die Erfahrung mit dem Missbrauch von Teilen des Gesundheitswesens gegen die Interessen der Patienten während des Nationalsozialismus dazu beitragen, dass die einfache Codierung des Gesundheitssystems in absehbarer Zeit nicht preisgegeben wird. Bei aller Ineffizienz bietet diese einfache Codierung doch zumindest gerade durch die Blindheit gegenüber den Bedürfnissen anderer Teilsysteme einen Schutz vor den möglichen ethischen Problemen einer Zweitcodierung. Diese ethischen Probleme könnten etwa dann entstehen, wenn nicht mehr allein die medizinisch-technischen Möglichkeiten, sondern auch andere Kriterien über einen Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen entscheiden. Dies wird insbesondere dann problematisch, wenn nicht nur eine Verbesserung der Gesundheit, sondern letztlich auch die Dauer des Lebens der Patienten von einer solchen Entscheidung (die dann nicht mehr vom Systemcode vorgegeben, sondern womöglich von Individuen mit größerem Entscheidungsspielraum getroffen werden müsste) abhinge. Mit der Folge einer potentiellen Entscheidung über Leben und Tod wird also ein Spezifikum der Leistungen des Krankheitssystems relevant. Diese ultimative Bedeutung der Entscheidung über eine Leistungserbringung des Gesundheitssystems führt dazu, dass jede Erweiterung von

Handlungsspielräumen (die aus einer stärkeren Integration von Subsystemen resultieren können) auf ethische und religiöse Hindernisse stößt. Solange hierzu keine allgemein akzeptierten Lösungen angeboten werden, ist daher eine Verbesserung der Reflexionsmöglichkeiten des Gesundheitswesens politisch nicht durchsetzbar.

Der dritte Therapieversuch ist die vor allem von Willke und Teubner empfohlene Strategie der „Kontextsteuerung“ (vgl. Rosewitz/Schimank 1988: 303; Hartmann 2002: 61-62). Das Konzept gibt die Annahme Luhmanns auf, dass gesellschaftliche Teilsysteme nicht hierarchisch von außen gesteuert werden können. Kontextsteuerung beinhaltet, dass Verhandlungssysteme und -verfahren geschaffen werden, die einen Rahmen für eine autonome Selbstregulation des Subsystems bereitstellen. Der Staat gibt also keine eigenen Kriterien für das Gesundheitswesen vor, sondern schafft etwa Institutionen der Selbstverwaltung, die selbständig eine Berücksichtigung der Bedürfnisse anderer Teilsysteme erfüllen sollen. Durch das Ziel der externen Gestaltung systemischer Selbststeuerungspotentiale integriert das Konzept der Kontextsteuerung eine Ebene unterhalb der teilsystemischen Orientierungshorizonte. Die Potentiale und bisherigen Erfolge der Kontextsteuerung spiegeln sich in den konkreten Entscheidungsstrukturen des Subsystems wider. Dadurch wird der analytische Fokus von der grundlegenden Codierung des Subsystems (dem „Wollen“ der Akteure) auf die jeweils geschaffenen institutionellen Ordnungen (das „Sollen“ der Akteure) und auch die spezifischen Akteurkonstellation (das „Können“ der Akteure) erweitert (vgl. Schimank 1996). Dies leitet zu einer empirischen Analyse der Steuerungsprobleme des Gesundheitssystems über, wie sie im Forschungsprogramm des akteurzentrierten Institutionalismus angestrebt wird (vgl. dazu auch Mayntz/Scharpf 1995; Scharpf 2000).

4 Verhandlung als zentrales institutionelles Ordnungselement

Ein verbreiteter Erklärungsansatz - sowohl für die Leistungen als auch für die Probleme des deutschen Gesundheitssystems - basiert auf den spezifischen Institutionen der Entscheidungsfindung in diesem Politikfeld. Diese Institutionen zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass ausgewählte Verbände der Interessengruppen in besonderer Weise an der Entscheidungsfindung beteiligt werden. Dazu werden entweder Entscheidungskompetenzen unter staatlicher Aufsicht aber ohne direkte Beteiligung des Staates von Verbänden wahrgenommen (Selbstverwaltung) oder Entscheidungen im Rahmen dauerhafter Formen der Einbindung von hierarchisch strukturierten Spitzenverbänden der Interessengruppen in die staatliche Politik getroffen (Korporatismus). In beiden Fällen führen diese Strukturen dazu, dass Entscheidungen auf Verhandlungen basieren. Im Vergleich zu anderen Idealtypen der Entscheidungsfindung (Hierarchie,

Mehrheit und Los) weisen Verhandlungen allgemeine Vorteile und Probleme auf (vgl. Eberlein/Grande 2003). Als wichtigster Vorteil von Verhandlungen wird in der Theorie gesehen, dass Entscheidungen im Konsens getroffen werden können. Solche Entscheidungen sind besonders legitim, da sich niemand gegen seinen Willen unterwerfen muss und daher besonders gut durchsetzbar. Auf der anderen Seite ist es oft schwierig und aufwendig, in Verhandlungssystemen überhaupt zu Entscheidungen zu kommen. Verhandlungssysteme sind daher selten innovativ. Außerdem sind Verhandlungssysteme nicht geeignet, um Umverteilungsziele zu erreichen (vgl. auch Scharpf 2000).

Im Gesundheitssystem ist insbesondere das Problem einer Entscheidungsfindung durch Konsens bei Umverteilungsfragen besonders relevant. Außerdem kommt der theoretische Vorteil einer besonderen Legitimität von Verhandlungslösungen angesichts der spezifischen Strukturen der Verhandlungsinstitutionen im Gesundheitswesen kaum zum Tragen. Im Folgenden werden die wichtigsten Verhandlungsgremien des deutschen Gesundheitssystems vorgestellt und im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die genannten Probleme der Systemintegration diskutiert.

Die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ist zumindest im ambulanten Bereich nicht das Ergebnis einer gezielten Übertragung von Kompetenzen an Verbände, sondern die Folge der historischen Entwicklung des Gesundheitswesens, das bereits im Kaiserreich auch auf privaten Initiativen beruhte (vgl. Hartmann 2002: 70). Heutige Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beinhaltet, dass die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Verbände der Leistungsanbieter (insbesondere der Ärzte und Zahnärzte, der Apotheker und der Krankenhausträger) ihre Aufgaben im Rahmen staatlicher Vorgaben und unter staatlicher Aufsicht in Eigenverantwortung erledigen können (vgl. zum folgenden Bandelow 1998: 22-26). Die Vertretung der Krankenkassen wird seit 1996 primär durch hauptamtliche Vorstände der Kassen sowie der (nach Kassenarten getrennten) Krankenkassenverbände wahrgenommen. Die Vorstände der Kassen werden durch Verwaltungsräte bestellt, deren Funktion denen von Aufsichtsräten der Aktiengesellschaften ähnelt. Die Verwaltungsräte bestehen aus Vertretern der Versicherten und (in der Regel) der Arbeitgeber. Die faktische demokratische Legitimation der Versichertenvertreter ist aber gering: Sie werden entweder bei geringer Wahlbeteiligung in Sozialwahlen gewählt oder ohne eigentlichen Wahlakt angesichts fehlender Alternativkandidaten bestimmt („Friedenswahlen“). Das Resultat dieser Verfahren ist üblicherweise, dass die Versichertenvertreter von den Gewerkschaften benannt werden und als Gewerkschaftsvertreter auftreten. Die Organe der Kassenselbstverwaltung präsentieren sich somit meist nicht als einheitliche Akteure, sondern umfassen unterschiedliche Interessengruppen: einerseits die in den Verwaltungsräten vertretenen Tarifparteien und andererseits die hauptamtlichen Vertreter der Kassen(arten).

Diesen heterogenen Selbstverwaltungsorganen der Kassen stehen Verbände der Anbieter von Gesundheitsleistungen gegenüber. Bei den Verbänden der Leistungsanbieter hat sich eine duale Struktur entwickelt: Auf der einen Seite stehen freie Interessenverbände (etwa der Hartmannbund oder der Marburger Bund). Auf der anderen Seite stehen vor allem im ambulanten Bereich intermediäre Verbände der Selbstverwaltung, die neben einer politischen Interessenvertretung auch hoheitliche Aufgaben wahrnehmen (z. B. Kassenärztliche Vereinigungen). Für diese Selbstverwaltungsorgane besteht Pflichtmitgliedschaft. So muss jeder Arzt, der als Vertragsarzt an der ambulanten Versorgung von Kassenpatienten partizipieren will, Mitglied der jeweiligen Kassenärztlichen Landesvereinigung sein. Ähnlich wie die Kassen und die Kassenverbände werden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von Vorständen vertreten, die durch gewählte Vertreterversammlungen bestimmt werden. In den Vertreterversammlungen bestehen ebenfalls interne Interessenkonflikte (etwa zwischen verschiedenen Facharztgruppen). Eine formale Aufteilung (wie zwischen den Vertretern der Tarifparteien der meisten Kassen) findet sich hier aber nicht.

Zu den wichtigsten Aufgaben der Kassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört die Aushandlung und Durchführung der Vergütung der niedergelassenen Ärzte. Darüber hinaus wirken die Selbstverwaltungsorgane der Ärzte und Kassen vor allem über die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (BAK) bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen (BZAK) an der Selbststeuerung des Gesundheitssystems mit. Die aus jeweils neun Vertretern der Kassen(zahn-)ärztlichen Bundesvereinigung, neun Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und drei unparteiischen Mitgliedern (§ 91 und 92 SGB V) bestehenden Bundesausschüsse haben vor allem in den 1980er Jahren an Einfluss gewonnen (vgl. Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 73-75; 91). Die jeweils zuständigen Bundesministerien konnten Widerstände gegen Kostendämpfungsmaßnahmen umgehen, indem sie die Ausarbeitung der detaillierten Maßnahmenkataloge auf die 1955 eingerichteten Bundesausschüsse verlagerten. Die Ausschüsse entscheiden heute über die konkreten Leistungskataloge, die im Rahmen des GKV-Systems abgerechnet werden dürfen. Dazu werden Richtlinien für die Krankenhausbehandlung, die ärztliche Behandlung, die Verordnung von Medikamenten und anderen Heil- und Hilfsmitteln sowie für die häusliche Krankenpflege ausgehandelt. Außerdem bestimmt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter anderem die Arzneimittelgruppen, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Die Bundesgesundheitsministerin kann den Entscheidungen der Ausschüsse innerhalb von zwei Monaten widersprechen. Tut sie das nicht, werden die Entscheidungen der Bundesausschüsse verpflichtend.

Die Bundesausschüsse nehmen damit mittlerweile eine Schlüsselstellung bei der Steuerung des deutschen Gesundheitswesens ein. Die Legitimation dieser öffentlich wenig beachteten und dadurch von den nicht beteiligten Patienten und Versicherten kaum kontrollierbaren

Gremien ist gleichzeitig gering. Die Mitglieder werden weder direkt noch indirekt gewählt. Problematisch ist weiterhin, dass die Ausschüsse als Selbstverwaltungsorgane des ambulanten Sektors auch wesentliche Governance-Funktionen für den Arzneimittelbereich übernehmen. Dies führt unter anderem dazu, dass die Integrationsprobleme zwischen dem Gesundheitssystem und dem dadurch von den Entscheidungen mitbetroffenen, aber nicht beteiligten Wirtschaftssystem verschärft werden. Der Widerstand der Pharmafirmen, die ihre ökonomischen Interessen nicht berücksichtigt sehen, wird nicht nur im politischen System, sondern auch im Rechtssystem ausgetragen. Zumindest das OLG München folgte dabei der Argumentation der Firmen und erklärte, dass die Arzneimittelrichtlinien des BAK nicht mit dem europäischen Kartellrecht vereinbar seien (AZ: U (K) 4428/99).

Ferner besteht bei der Aushandlung von Honoraren zwischen Ärzten und Kassen die Gefahr, dass die unterlegenen Kassen bzw. wenig einflussreiche Arztgruppen keine gerechte Belastung bei Einsparungen durchsetzen können. Außerdem können die Interessengruppen in den Selbstverwaltungsorganen ihre vom Staat verliehenen Kompetenzen dazu nutzen, die Umsetzung politischer Ziele zu verzögern, zu verfälschen oder ganz zu verhindern. So haben die Selbstverwaltungsorgane im Anschluss an das Gesundheitsreformgesetz von 1989 die beschlossenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößen ebenso wenig vollständig umgesetzt wie die Transparenzvorschriften des Gesetzes.

Während im ambulanten Bereich das Steuerungsprinzip der Verhandlung eindeutig dominiert, finden sich im stationären Bereich eher Mischformen unterschiedlicher Steuerungsmechanismen, deren jeweiliges Gewicht sich in den letzten Jahren mehrfach verschoben hat. Auch für den stationären Sektor sind viele Entscheidungen des BAK relevant. Dennoch waren im Krankenhausbereich die Voraussetzungen für eine zentralisierte Aushandlung der zentralen Finanzierungsfragen mit den Kassen zunächst nicht in demselben Maß gegeben wie im ambulanten Sektor. Die deutschen Krankenhäuser waren vor allem in den ersten Jahren der Bundesrepublik vergleichsweise pluralistisch organisiert. So bestehen mit öffentlichen Krankenhäusern, freigemeinnützigen Krankenhäusern und privaten Krankenhäusern drei Typen von Krankenhausträgern nebeneinander, die jeweils eigene historische Grundlagen und Ziele haben. Bis in die 1970er Jahre wurden Pflegesatzverhandlungen meist dezentral, oft für jedes einzelne Krankenhaus, durchgeführt. Da Anfang der 1970er Jahre die Krankenhäuser in eine tiefe Finanzierungskrise gerieten, wurden mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 diese Grundlagen wesentlich verändert. Das Gesetz weitete die Rolle des Staates durch eine Übernahme der Investitionskosten durch Bund und Länder und eine Stärkung der Steuerungskompetenzen der Länder aus. Mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 und dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurde dann zusätzlich die Bedeutung der verbandlichen Selbstverwaltung auf Landesebene im stationären Sektor analog zum ambulanten Sektor

gestärkt, ohne aber die dominierende Rolle der Länderaufsicht in diesem Bereich zu schwächen (vgl. Döhler/Manow-Borgwardt 1992: 75-83).

Seit Mitte der 1990er Jahre finden sich unterschiedliche Entwicklungen der Steuerungsformen im stationären Bereich. Auf der einen Seite erhöhte sich die Bedeutung hierarchischer Eingriffe des Staates durch die wiederholte Deckelung der Ausgaben. Zwischen 1993 und 1995 sowie für 1999 wurde gesetzlich eine Anbindung der gesamten Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenkassen an den Zuwachs der Arbeitnehmereinkommen vorgegeben. Für das Jahr 2003 beschloss der Gesetzgeber daneben eine weitgehende Nullrunde bei der Steigerung der Krankenhausaussgaben. Auf der anderen Seite wurde durch die schrittweise Einführung von Fallpauschalen die Selbstverwaltung gestärkt. Die Ausgestaltung der Fallpauschalen und die Vereinbarung konkreter Budgets auf Landesebene wird (unter staatlicher Aufsicht) von den Selbstverwaltungsorganen vorgenommen.

Institutionen der verbandlichen Selbstverwaltung dominieren daher die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems in unterschiedlicher Form, mit unterschiedlichem historischen Hintergrund und unterschiedlichen Problemen. Im ambulanten Sektor ist die verbandliche Selbstverwaltung als asymmetrische, allein von Kassenärzten und Kassenverbänden dominierte Struktur historisch zum wichtigsten Steuerungselement gewachsen. Im Arzneimittelbereich dominiert dagegen eine Kombination des Marktprinzips bei gleichzeitigen externen Rahmenseetzungen durch die Selbstverwaltungsorgane des ambulanten Sektors und staatliche Vorgaben. Im Krankenhausbereich wurden Selbstverwaltungsstrukturen mit weitgehend analogem Aufbau zum ambulanten Sektor bewusst politisch geschaffen. Hier ist aber die Bedeutung hierarchischer politischer Steuerung gleichzeitig am größten - nicht zuletzt, weil die öffentlichen Krankenhäuser (noch) den größten Anteil umfassen und Länder und Gemeinden daher als Arbeitgeber über zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten verfügen. In keinem der Bereiche ist es aber gelungen, die Selbstverwaltungsgremien so zu organisieren, dass sie gleichermaßen (durch Integration aller betroffenen Gruppen) legitim und (durch ausreichende staatliche Kontrolle) handlungsfähig sind. Auch eine staatliche Koordination im Hinblick auf die Bedürfnisse der jeweils anderen Teilbereiche des Gesundheitswesens und mitbetroffenen übrigen gesellschaftlichen Teilsysteme kann von den Selbstverwaltungsorganen nicht geleistet werden.

Um diese Probleme zu reduzieren, wurden verschiedene Gremien zur dauerhaften und institutionalisierten Einbindung der meist hierarchisch und zentralistisch strukturierten Verbände in die Formulierung und Umsetzung staatlicher Politik geschaffen. Das bekannteste dieser korporatistischen Gremien ist die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). Die KAiG wurde 1977 mit dem Krankenversicherungs-

Kostendämpfungsgesetz auf Bestreben der Leistungsanbieter und der CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingeführt. In der Konzertierten Aktion ist neben Bundes- und Landesregierungen eine Vielzahl von Interessengruppen vertreten: Hierzu gehören die Verbände der Krankenkassen, die Körperschaften der Ärzte und Zahnärzte, Vertreter der Pharma- und Apothekerverbände und Verbände der Krankenhausträger. Seit 1993 sind auch weniger einflussreiche Interessengruppen (Behinderten- und Verbraucherverbände, Verbände der Heilmittelerbringer, der Freien Wohlfahrtspflege, der Gesundheitshandwerker, des Kur- und Bäderwesens und der Pflegeberufe) in der KAiG vertreten. Die Konzertierte Aktion dient vor allem dazu, Rahmen- und Orientierungsdaten für das Gesundheitswesen zu entwickeln und zwischen den Beteiligten abzustimmen (§ 141-142 SGB V). Sie tritt meist zweimal im Jahr zusammen. Im Frühjahr werden Empfehlungen zu den Steigerungsraten der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Bereich und bei den Arzneimitteln ausgehandelt. Die Herbstsitzungen sollen der Diskussion möglicher Strukturreformen im Gesundheitswesen dienen.

Während die Konzertierte Aktion ein Verhandlungsgremium der betroffenen Verbände und staatlichen Akteure ist, ist der 1985 eingerichtete Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) ein Expertengremium. Dem Sachverständigenrat gehören sieben formal unabhängige Wissenschaftler an, die vom zuständigen Minister unter Beteiligung der KAiG für jeweils vier Jahre gewählt werden (vgl. Bandelow 1998: 114). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Zusammensetzung und die jeweiligen Arbeitsaufträge stark vom zuständigen Ministerium bestimmt werden können. Der Sachverständigenrat hat sich daher zunehmend zu einem umstrittenen Beratungsgremium entwickelt, das weniger zur Unterstützung der Konzertierten Aktion als zur Legitimation von Regierungsentwürfen dient.

Neben der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen und dem Sachverständigenrat wurden in den letzten Jahren wiederholt weitere Verhandlungs- und Beratungsgremien geschaffen. Diese unterscheiden sich von der KAiG zunächst durch die fehlende gesetzliche Grundlage: Zusammensetzung, Entscheidungsstrukturen und Ziele können von den jeweiligen Initiatoren relativ beliebig festgelegt werden. Beispiele für solche Gremien sind der durch Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Mai 2001 einberufene Runde Tisch und die Ende 2002 einberufene Rürup-Kommission. Der Runde Tisch ist als Verhandlungsgremium der Verbandvertreter konstruiert. Die Rürup-Kommission besteht dagegen aus wissenschaftlichen Sachverständigen und Vertretern von Interessengruppen. Während der Runde Tisch nur Fragen des Gesundheitssystems behandelt, ist die Rürup-Kommission mit einer umfassenden Diskussion aller sozialen Sicherungssysteme befasst. In der Rürup-Kommission sind zwar Vertreter der Tarifparteien, der Pharmaindustrie und der

Krankenkassen vertreten. Die in allen anderen Verhandlungsgremien dominierenden Kassenärzte wurden jedoch nicht eingeladen.

Die Erwartungen an die verschiedenen Verhandlungsgremien waren ursprünglich hoch. Sie sollten die Möglichkeiten erfolgreicher staatlicher Steuerung erhöhen, indem die Verbände durch die Übernahme staatlicher Aufgaben den Staat entlasten und so eine Überforderung der begrenzten staatlichen Steuerungskapazitäten vermieden werden kann. Es wurde angenommen, dass Interessenverbände durch die Einbindung in die staatliche Politik „dazu veranlaßt werden könnten - oder sich selbst dazu veranlaßt sähen -, die Verfolgung kurzfristiger, begrenzter Sonderinteressen zurückzustellen zugunsten der Durchsetzung übergreifender Kollektivziele...“ (Lehmbruch 1988: 13). Die Verbände würden ihrerseits in der verbandlichen Selbstverwaltung und den korporatistischen Institutionen eine Einflussmöglichkeit sehen, die sie nicht durch unkooperatives Verhalten gefährden wollen (vgl. auch Herder-Dorneich 1982: 404-406). Selbst bei Verteilungskonflikten sollten daher grundlegende Reformen auf Basis eines abgestimmten Verhaltens zwischen staatlichen Akteuren und Großverbänden erreicht werden.

Gemessen an diesen Erwartungen sind die Ergebnisse der gesundheitspolitischen Steuerung durch Verhandlung ernüchternd. Bisher wurde noch kein grundlegendes Reformkonzept von allen wichtigen Interessengruppen gemeinsam erarbeitet. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde meist primär zur Kritik an bestehenden Reformprojekten genutzt. Auch der Runde Tisch war wenig erfolgreich: In fünf der sechs Arbeitskreise des Gremiums ist es bisher nicht gelungen, sich auf gemeinsame Empfehlungen zu einigen (vgl. Bandelow 2002: 127).

Die Probleme der Verhandlungsgremien können teilweise auf die institutionellen Strukturen zurückgeführt werden (vgl. Wiesenthal 1981; Lehmbruch 1988). So verfügen nur die Selbstverwaltungsgremien über verbindliche Steuerungskompetenzen. Die Konzertierte Aktion handelt dagegen wie der Runde Tisch und die Rürup-Kommission lediglich Empfehlungen aus. Ein weiteres Problem aller Verhandlungsgremien liegt in der mangelhaften demokratischen Legitimation, da die Teilnehmer weder demokratisch gewählt noch systematisch auf Grundlage fachlicher Kompetenz ausgewählt werden.

Ein spezifisches Problem der Verhandlungsgremien des deutschen Gesundheitssystems liegt zudem in dem asymmetrischen Machtverhältnis zwischen den beteiligten Akteuren. Die zentralistisch organisierten und konfliktfähigen Kassenärzte verfügen über strukturelle Vorteile gegenüber den zersplitterten Krankenkassenverbänden. Weitere Interessengruppen - insbesondere die Versicherten und Patienten - verfügen nicht einmal über einflussreiche eigene Verbände. Auch diese Asymmetrie der Verhandlungsgremien schwächt die Legitimation der dort getroffenen Entscheidungen.

Neben der Asymmetrie ist die Vielfalt der betroffenen Interessengruppen des deutschen Gesundheitswesens ein zentrales Problem von Verhandlungslösungen. Da Verhandlungen auf Konsens zielen, wird allen Beteiligten die Möglichkeit geboten, umfassende Maßnahmenbündel zu blockieren. Selbstverwaltung und Korporatismus tragen somit zusammen mit der geringen Machtkonzentration des deutschen politischen Systems infolge des verflochtenen Föderalismus und des Verhältniswahlrechts zur Blockade grundlegender Gesundheitsreformen bei (vgl. Mayntz 1990; Rosewitz/Webber 1990).

Trotz dieser Probleme wurde vor allem in den 1980er Jahren die Bedeutung korporatistischer Steuerungselemente im Gesundheitswesen gezielt erweitert (Döhler/Manow-Borgwardt 1992). Seit den 1990er Jahren findet sich gleichzeitig zunehmend eine Ergänzung der weiterhin zentralen Verhandlungsgremien durch eine Vielzahl von wettbewerblichen Steuerungsinstrumenten (vgl. Gerlinger 2002). Auch die gegenwärtig diskutierten Konzepte von Bonussystemen für Gesunde und einer Pluralisierung der Angebote von Gesundheitsleistungen durch Aufhebung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen zielen auf eine Stärkung des Wettbewerbs.

Die inhaltliche Strategie einer Stärkung von Wettbewerbselementen wird vor allem von Ökonomen unterstützt. Die Politikwissenschaft konzentrierte sich dagegen stärker auf die Frage einer hierarchischen Durchsetzung grundlegender Reformen. Auf die Beobachtung, dass grundlegende Reformmaßnahmen bisher stets gescheitert sind, wurde mit dem wiederholten Ratschlag reagiert, die Politik möge sich auf „graduelle“ bzw. „Step-by-Step-Reformen“ beschränken (Naschold 1967; Hartmann 2002). Neuere Arbeiten legen jedoch nahe, dass die Blockadewirkungen der institutionellen Strukturen bei einer differenzierten Betrachtung der Akteurkonstellationen auch überwunden werden können.

5 Akteurkonstellationen und Chancen hierarchischer Steuerung

Die wiederholten Versuche hierarchischer Steuerung durch Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung können als Versuche interpretiert werden, den Verselbständigungstendenzen des Gesundheitssystems durch strukturelle Veränderungen entgegenzuwirken (vgl. Hartmann 2002: 127-128). Grundlegende Eingriffe in das Gesundheitssystem stehen nicht nur vor den bisher diskutierten Problemen, dass sie die Eigenlogik des ausdifferenzierten Teilsystems bestenfalls begrenzt beeinflussen können und dass die direkten Steuerungskompetenzen der Bundesregierung als Steuerungszentrum in dem durch Verhandlungsstrukturen geprägten deutschen Gesundheitssystem begrenzt sind. Auch die Vielfalt der Interessen und politischen Ziele der Akteure steht Reformbemühungen entgegen.

Im Gesundheitswesen existiert eine große Anzahl von Interessenverbänden, die sich in den letzten Jahrzehnten weiter deutlich erhöht hat (für einen Überblick vgl. Bandelow 1998: 74-124). Neben den Körperschaften (Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Krankenkassenverbände etc.) finden sich vor allem bei den Leistungsanbietern zahlreiche freie Verbände. Zwischen den Verbänden der verschiedenen Facharztgruppen bestehen oft grundlegende Interessenkonflikte. Daneben existieren mit den etablierten großen Verbänden (Hartmannbund, Verband der Niedergelassenen Ärzte/NAV, Marburger Bund) übergreifende Zusammenschlüsse, die eine Abwanderung ihrer Mitglieder zu den Facharztverbänden vermeiden wollen.

Auch die Pharmaindustrie wird durch verschiedene Verbände mit unterschiedlichen Zielen repräsentiert : So sind etwa die großen forschenden Arzneimittelhersteller daran interessiert, dass umfassender Patentschutz gewährt wird und auch nach Ablauf des Patentschutzes Originalprodukte von den Kassen finanziert werden. Diese Interessen der im Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) organisierten Unternehmen stehen im Widerspruch zu den Interessen der kleineren Hersteller von Nachahmerpräparaten, die durch den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) vertreten werden.

Neben den Ärzteverbänden und der Pharmaindustrie gehören die Krankenkassenverbände, die Verbände der Krankenhausträger, der Dachverband der Apothekerverbände (ABDA) und vor allem die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände zu den wichtigsten Interessengruppen im deutschen Gesundheitswesen.

Bei dieser Vielzahl von Gruppen stößt jeder Reformentwurf auf erbitterten Widerstand einer Mehrheit der Betroffenen. Dieser Widerstand der Interessengruppen wurde lange in Politik und Wissenschaft als wichtigste Ursache für die Probleme des deutschen Gesundheitswesens gesehen. Ausgangspunkt dieser Interpretation waren die gescheiterten Reformversuche von Arbeitsminister Blank in den 1960er Jahren. Das Scheitern dieser Reformentwürfe - so die lange vorherrschende Interpretation - war das Ergebnis der Vetomacht vor allem der Kassenärzte, die in ihrer Blockade durch die Gewerkschaften unterstützt wurden. Obwohl dieses Bündnis von Kassenärzten und Gewerkschaften eher ungewöhnlich war, wurde lange davon ausgegangen, dass jeder Reformentwurf durch (wechselnde) Koalitionen von Interessengruppen blockiert werden könnte (vgl. Naschold 1967).

Nach den beiden gescheiterten Entwürfen für ein Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz 1960 und 1964 bemühten sich die zuständigen Bundesminister daher bei den anschließenden Reformentwürfen um eine möglichst frühzeitige und breite Unterstützung durch die Interessenverbände. Die Kostendämpfungsgesetze der 1970er und 1980er Jahre wurden daher unter Nutzung der korporatistischen Entscheidungsstrukturen entwickelt. Das Ergebnis waren jeweils kurzfristige Sparmaßnahmen, die überwiegend zu

Lasten der in den Gremien nicht vertretenen Patienten konzipiert wurden. Wesentliche strukturelle Reformen konnten dagegen nicht durchgesetzt werden (vgl. Bandelow 1998: 185-197).

Erst das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz schien einen Rückgewinn staatlicher Steuerungsautonomie zu bewirken. Das Gesetz enthielt unter anderem Einstiege in die Krankenkassenorganisationsreform und in die grundlegende Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung sowie Einschränkungen der Zulassungsfreiheit für Kassenärzte und zeitlich befristete Sparmaßnahmen in allen zentralen Bereichen. Diese grundlegenden Reformen wurden gegen den Widerstand fast aller Interessengruppen durchgesetzt.

Dieser überraschende Erfolg hierarchischer Steuerung im Gesundheitswesen führte zu verschiedenen sozialwissenschaftlichen Erklärungsversuchen. Dabei dominiert die Interpretation, dass der Erfolg des Gesetzes vor allem auf die veränderte politische Strategie zurückzuführen ist: Ähnlich wie auch in anderen Politikfeldern (etwa bei der Rentenreform 1992 und der Einführung der Pflegeversicherung) wurde das Gesundheitsstrukturgesetz in einer großen Sachkoalition unter Einbindung der damals oppositionellen SPD durchgesetzt. Der besondere Problemdruck dieser Phase - vor allem aufgrund der Kosten der deutschen Vereinigung - hat danach in dieser besonderen Situation die Parteieneinigung ermöglicht. Durch die Einigkeit von Regierung und Opposition war es für die Verbände nicht mehr möglich, politische Unterstützung für ihren Widerstand zu erhalten (vgl. Bandelow 1998: 204-211).

Ergänzend zu dieser situativen Erklärung wurde argumentiert, dass auch langfristige strukturelle Veränderungen dazu beigetragen haben, dass die Vetomacht der Interessengruppen im Gesundheitswesen nachgelassen hat (vgl. dazu Döhler/Manow 1997). Danach war bereits die gängige Erklärung für das Scheitern der Blankschen Reformversuche unzureichend, wonach die Politik am Widerstand der Interessengruppen gescheitert wäre. Die Verhinderung umfassender Reformen in der Frühphase der Bundesrepublik basierte vielmehr auf einem Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren. Von großer Bedeutung war insbesondere die geringe „Reife“ des Politikfelds Gesundheit in den 1960er Jahren. In der Regierung und insbesondere in der dominierenden Partei, der CDU, hatten sich noch keine klaren Kompetenzstrukturen für die Entwicklung eigener gesundheitspolitischer Programme herausgebildet. Die Reformentwürfe Blanks fielen in eine Zeit, die durch Kompetenzkonflikte zwischen den Bundesressorts, zwischen Ministern und Bundeskanzler und zwischen Bund und Ländern geprägt waren. Auch die Ärzteverbände verfügten noch nicht über interne Koordinationsstrukturen und standen in starker Konkurrenz zueinander. Letztlich war es daher nicht die Vetomacht der Kassenärzte, sondern die fehlende Unterstützung der Reformentwürfe Blanks durch Bundeskanzler Adenauer und durch den Gewerkschaftsflügel der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, die zur Blockade führte.

Bis Anfang der 1990er haben sich die Regierungsstrukturen wesentlich weiter ausdifferenziert. So haben die Parteien pluralistisch besetzte Gremien wie den heute mit Vertretern aller wichtigen gesundheitspolitischen Interessen besetzten CDU-Bundesfachausschuss Gesundheit herausgebildet (Döhler/Manow 1997: 50). Die veränderten Regierungsstrukturen haben gemeinsam mit veränderten Akteursinteressen zur Verbesserung der Möglichkeiten hierarchischer Steuerung beigetragen. So orientieren sich die Regierungen der Bundesländer heute nicht mehr primär an den Interessen der von Ländern und Gemeinden getragenen Krankenhäuser. Vielmehr hat sich eine industriepolitische Standortorientierung durchgesetzt, welche die Länder zu einem zentralen Befürworter grundlegender Strukturreformen werden ließ (vgl. Döhler/Manow 1997: 82-83). Die Entwicklung differenzierter innerparteilicher gesundheitspolitischer Entscheidungszirkel ermöglicht es heute, dass die großen Volksparteien eigene abgestimmte gesundheitspolitische Programme entwickeln, die nicht mehr von den Interessen einzelner Verbände abhängig sind. Döhler/Manow (1997: 7) sehen daher heute eine „deutliche Entideologisierung der Gesundheitspolitik“.

Diese hier zusammengefasste Erklärung des relativen Steuerungserfolgs in der Gesundheitspolitik der frühen 1990er Jahre trägt wesentlich dazu bei, falsche Schlussfolgerungen aus den Blankschen Reformversuchen für die Gegenwart zu vermeiden. Allerdings hat sich die Erwartung einer „Entideologisierung“ angesichts der Entwicklungen der letzten Jahre als zu optimistisch erwiesen. Nach wie vor prägen nicht nur die Interessen einzelner Verbände in Bezug auf die Verteilung der Gesundheitsausgaben, sondern ideologische Grundsatzfragen die Gesundheitspolitik. Die Standorte der Politiker in diesen Konflikten sind allerdings nicht vollständig entlang der parteipolitischen Grenzen festzulegen. Ein vollständiges Verständnis der Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens muss dennoch neben der Konstellation verbandlicher Akteure auch die nicht allein auf materielle Interessen zurückführbaren politischen Konflikte berücksichtigen (vgl. Bandelow 1998: 148-151).

Diese politischen Konflikte wurden in den Governance-Konzepten der Gesundheitspolitikforschung lange vernachlässigt, indem der Staat als monolithischer Akteur angenommen wurde (etwa in der Korporatismustheorie). Zudem werden die gesundheitspolitischen Konflikte immer noch häufig fälschlich als reine Interessenkonflikte interpretiert: Danach streben nicht nur die Interessengruppen nach einer Maximierung festgelegter materieller Ziele. Auch Parteien und Parteipolitiker agieren mit konstanten Zielen, nämlich der Maximierung von Wählerstimmen. Die Ministerialbürokratie orientiert sich dagegen primär am Interesse der Maximierung der Kompetenzen der eigenen politischen Ebene und des eigenen Ressorts. Die Vorteile einer solchen utilitaristischen Perspektive liegen in der Möglichkeit einer klaren und mitunter mathematischen Modellierung der

jeweiligen Interessen und Interessenkonflikte sowie in der Tatsache, dass sich viele empirische Entwicklungen so mit einfachen und plausiblen Annahmen erklären lassen.

Ein solches Konzept übersieht aber die inhaltlichen Besonderheiten und Probleme der Gesundheitspolitik. Die politischen Konflikte basieren unter anderem auf der Tatsache, dass das Gesundheitswesen in Deutschland zwei Aufgaben miteinander verbindet: Es soll einerseits eine umfassende Sicherung der Bevölkerung auf möglichst hohem Niveau bei der Bekämpfung von Krankheiten leisten. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen in seiner bisherigen Struktur aber auch bewusst als Teil des Umverteilungsstaates konzipiert. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen über Lohnnebenkosten führt nicht nur zu einer gewollten Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch zu ebenfalls gewollten Umverteilungen zwischen Kinderlosen und Kinderreichen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Reichen und Armen und zwischen Männern und Frauen. Über das Ausmaß, in dem diese Umverteilungen in Zukunft gewollt sind, bestehen (berechtigterweise in einer pluralistischen Demokratie) unterschiedliche Positionen in der politischen Arena. Ein Kernproblem der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung liegt darin, dass diese Umverteilungskomponente, mit der gesundheitspolitische Entscheidungen heute stets verbunden sind, nur selten offen dargelegt wird. Die implizite Verbindung von Reformkonzepten zur Sicherung der Gesundheitsversorgung mit den von der jeweiligen Regierung vertretenen Vorstellungen zu den Umverteilungsfragen führt zwangsläufig zum Widerstand der jeweiligen Oppositionsparteien. Diese dienen jeweils den Verbänden als Ansprechpartner zur Durchsetzung ihrer verteilungspolitisch motivierten Blockadewünsche.

Vereinfacht lassen sich die Positionen der Parteipolitiker daher auf einer Umverteilungsdimension abbilden: Hier reichen die Standpunkte von der Position der FDP, welche staatliche Umverteilung möglichst minimieren möchte, bis zur PDS. Die Positionen der meisten Politiker von Union, SPD und Bündnis 90/Die Grünen liegen zwischen diesen Extremen. Obwohl sich in den politischen Eliten sowohl der Union als auch der Regierungsparteien hier jeweils eine Vielzahl unterschiedlicher Positionen findet, ist durchschnittlich bei einer „rot-grünen“ Regierung eine stärkere Befürwortung von Umverteilungszielen zu beobachten als bei einer „schwarz-gelben“ Regierung (für Überblicke über die wichtigsten gesundheitspolitischen Positionen der Parteien siehe Bandelow 1998: 103-111; Wörz/Wismar 2001: 856-857). Interessanterweise haben die „Reifung“ des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik und die damit verbundene Pluralisierung der gesundheitspolitischen Institutionen der Volksparteien aber dazu geführt, dass bei den konkreten Fragen der Verteilung von Gesundheitsleistungen keine grundsätzlichen Konflikte zwischen den Parteien mehr bestehen. Letztlich orientieren sich alle Parteipolitiker in Deutschland an dem Ziel eines Erhalts des vergleichsweise hochwertigen deutschen

Gesundheitssystem und des unbehinderten Zugangs für alle Bevölkerungsgruppen zu diesem System.

Konkrete Vorschläge für Gesundheitsreformen scheitern daher immer dann, wenn sie Verteilungsfragen (etwa die Finanzierung von Krankenhäusern) mit Umverteilungsfragen (etwa die Gestaltung der Leistungskataloge der GKV) verbinden. Das Problem dieser Entwürfe liegt darin, dass sie sowohl auf den Widerstand von Interessengruppen als auch auf Widerstand aus der Parteienarena stoßen. Angesichts der großen öffentlichen Wirkung des Protestes insbesondere von Ärzten kann eine Regierung nur dann langfristig gegen den Widerstand der Interessengruppen agieren, wenn sie von der Opposition unterstützt wird und somit das Wiederwahlinteresse nicht gefährdet wird. Eine Unterstützung durch die Opposition ist aber nur dann möglich, wenn Verteilungsfragen von Umverteilungsfragen getrennt werden.

Theoretisch liegen daher die Chancen hierarchischer Steuerung im Gesundheitswesen in einer Trennung der Arenen zur Klärung von „Umverteilungsfragen“ (insbesondere Aspekte der Finanzierung von Gesundheitsleistungen) und „Verteilungsfragen“. Eine solche Arenentrennung ist in der Gesundheitspolitik nur bei der Formulierung des Gesundheitsstrukturgesetzes ansatzweise gelungen. Die Parteeinigung war hier unter anderem dadurch möglich, dass Umverteilungsfragen bewusst ungeklärt geblieben sind. Das Gesetz hätte sowohl die Basis für eine Stärkung der Eigenverantwortung als auch für einen Ausbau solidarischer Ausgleichs schaffen können. Dies wird bei der Organisationsreform der Krankenkassen deutlich, die mit dem Risikostrukturausgleich einerseits zur Stützung der benachteiligten Ortskrankenkassen geführt hat (und damit den Weg zu einer Einheitsversicherung hätte ebnen können), andererseits aber auch die Möglichkeit für verschärften Wettbewerb zwischen pluralistisch organisierten Kassen hätte bewirken können.

Nach der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes war die kurze Phase hierarchischer Steuerung des deutschen Gesundheitssystems beendet. Die heutige Gesundheitspolitik wird erneut durch Verhandlungsgremien dominiert, welche die Probleme der Systemintegration nicht lösen können. Im abschließenden Ausblick soll diskutiert werden, ob in Zukunft eine grundlegende Stärkung staatlicher Steuerungskompetenzen durch einen umfassenden Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung möglich sein kann.

6 Ausblick

Die Analyse der Integrationsprobleme und Governancessstrukturen des deutschen Gesundheitssystems ist von der verbreiteten These ausgegangen, dass die deutsche Gesundheitspolitik vor besonderen Problemen steht. Diese Probleme manifestieren sich

insbesondere im Verhältnis zwischen Gesundheits- und Wirtschaftssystem. Allerdings werden die Probleme in der politischen Diskussion mit Schlagwörtern wie „Kostenexplosion“ oft übertrieben. Die Entwicklung der Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP als Maßzahl für den Ressourcenverbrauch des Gesundheitssystems zeigt zwar eine möglicherweise problematische Entwicklung. Die eher moderaten Anstiege lassen sich aber angesichts der gesellschaftlich gewollten Leistungen des Gesundheitssystems sowohl bei der Bekämpfung von Krankheiten als auch bei der Schaffung von Arbeitsplätzen zumindest teilweise rechtfertigen.

Ein grundlegendes Problem des Gesundheitssystems ist durch die geringe politische Steuerbarkeit entstanden. Das Gesundheitssystem war vor allem in der Frühphase der Bundesrepublik aufgrund spezifischer Rahmenbedingungen weitgehend erfolgreich bei der Abwehr von externen Steuerungsversuchen aus dem politischen System. Die Erfahrungen vor allem der 1990er Jahre haben aber gezeigt, dass unter bestimmten Bedingungen durchaus hierarchische Steuerung möglich ist. Dennoch dominieren sowohl in der täglichen Entscheidungsfindung als auch bei Versuchen grundlegender Umgestaltungen nicht hierarchische politische Eingriffe, sondern auf Konsens angelegte Verhandlungen zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren.

Diese Verhandlungssysteme haben sich zwar im Alltag als weitgehend entscheidungsfähig erwiesen. Sie weisen aber wesentliche demokratische Legitimationsdefizite auf. Außerdem führen sie aufgrund der Blockademöglichkeiten von jeweils wechselnden Bündnissen zwischen verbandlichen und politischen Akteuren zu einer Stabilisierung der bestehenden Finanzierungsstrukturen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über Lohnnebenkosten und die in diesem System angelegte Verknüpfung von gesundheitspolitischen und umverteilungspolitischen Zielen ist die wichtigste Herausforderung der zukünftigen Gesundheitspolitik. Es zeichnet sich gegenwärtig ab, dass die dauerhafte Blockade einer grundlegenden Umgestaltung der Finanzierungsstrukturen angesichts der politisch nicht beeinflussbaren Logik des Krankheitssystems zu einem politisch bisher wenig thematisierten Problem führt: Das Krankheitssystem wird gerade im Rahmen der bisherigen Steuerungsstrukturen auch weiterhin sicherstellen können, dass es über ausreichende Ressourcen für eine Sicherstellung einer Versorgung auf dem gesellschaftlich gewünschten Niveau verfügen wird. Gleichzeitig führen aber der demographische Wandel, die Massenarbeitslosigkeit und die nachlassende Bedeutung von Normalarbeitsverhältnissen zu einem Finanzierungsdruck auf das Gesamtsystem, der aufgrund der Überintegration des Systems mit dem Wirtschaftssystem nicht abgebaut werden kann. Die bisherige Logik führt dann stets dazu, dass die Probleme ohne Kompensationen über einen Abbau der Umverteilungsleistungen des Gesundheitssystems gelöst werden.

Diese Entwicklung ist gesellschaftlich äußerst problematisch: Die Frage nach dem Ausmaß solidarischer Ausgleichs zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist in einer pluralistischen Demokratie eine normative Grundsatzfrage, die von demokratisch legitimierten Gremien immer wieder neu entschieden werden muss. Sie wird aber in den gegenwärtigen Strukturen von für diese Frage ungeeigneten Verhandlungsgremien des Gesundheitssystems ohne gesellschaftliche Legitimation und ohne öffentliche Auseinandersetzung getroffen.

Im letzten Kapitel wurde als mögliche Lösung für dieses Dilemma eine Trennung der Umverteilungsfragen von den Verteilungsfragen des Gesundheitssystems vorgeschlagen. Dieser Vorschlag überträgt eine teilweise analoge Idee von Fritz Scharpf aus den 1980er Jahren, der für eine Trennung von „Problemlösung“ und „Verteilung“ eingetreten ist (vgl. Scharpf 1988; 2000). Der Vorschlag Scharpfs basierte ursprünglich vor allem auf Analysen des Wirtschaftssystems. Dort ist es bisher nicht gelungen, diesen Vorschlag inhaltlich zu konkretisieren. Dies liegt unter anderem wohl daran, dass im volkswirtschaftlichen Kreislauf Produktion und Verteilung vielfach miteinander verbunden sind.

Im deutschen Gesundheitssystem sind dagegen die Verteilungsziele und die Umverteilungsziele nur aus historischen Gründen miteinander verbunden. Sie wären politisch durchaus zu trennen. Dies zeigen nicht nur Gesundheitssysteme anderer Staaten, die nicht auf sozialen Krankenversicherungen basieren. Ein möglicher Schritt zu einer solchen Trennung könnte in einer Verwirklichung der unlängst von Bert Rürup formulierten Finanzierungsreform liegen: Danach sollte das Gesundheitswesen nicht mehr über Lohnnebenkosten, sondern über eine Kopfpauschale aller Bundesbürger finanziert werden. Damit wäre die Frage der solidarischen Ausgleichs in andere Felder (etwa die Steuerpolitik oder das Wirtschaftssystem) verlagert.

Ob ein solcher Vorschlag (der bisher nur rudimentär vorliegt und noch auf mögliche rechtliche, sozialpolitische und andere Probleme hin geprüft werden müsste) verwirklicht werden kann, hängt nicht allein von den Governance-Formen des Gesundheitswesens ab. Die auf die Politik übertragbaren Erfahrungen der Organisationsforschung zeigen, dass sich derartige grundlegende Veränderungen nicht systematisch zielgerichtet durchsetzen lassen. Vielmehr muss sich (eher zufällig) ein „Policy Window“ öffnen, indem der Problemdruck und die politischen Machtverhältnisse kurzfristig mit einem grundlegenden Reformvorschlag korrespondieren (vgl. Kingdon 1984). Ob sich ein solches Entscheidungsfenster in absehbarer Zeit öffnet und dann auch genutzt wird, ist nicht prognostizierbar.

Literatur

- Alber, Jens, 1988: Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.): *Staatstätigkeit*. Politische Vierteljahresschrift-Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Bandelow, Nils C., 1998: *Gesundheitspolitik - Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?* Opladen: Leske + Budrich.
- Bandelow, Nils C., 2002: Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar? Problemstrukturen und Problemlösungen, in: *Gesellschaft - Wirtschaft - Politik*, 51. Jg., Nr.1, 109-131.
- BMA 2001: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. *Statistisches Taschenbuch 2001*. Erhältlich über <http://www.bma.de/>.
- Döhler, Marian/Philip Manow, 1997: *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*. Opladen: Leske + Budrich.
- Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, 1992: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: *Staatwissenschaften und Staatspraxis*, 3. Jg., Nr. 1, 64-106.
- Eberlein, Burkard/Edgar Grande, 2003: Entscheidungsfindung und Konfliktlösung, in: Klaus Schubert/Nils Bandelow (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München: Oldenbourg, 175-202.
- Eichener, Volker, 1996: Die Rückwirkungen der europäischen Integration auf nationale Politikmuster, in: Markus Jachtenfuchs/Beate Kohler-Koch (Hrsg.): *Europäische Integration*. Opladen: Leske + Budrich, 249-280.
- Gerlinger, Thomas, 2002: *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Working Paper P02-204, Berlin: WZB.
- Hartmann, Anja K., 2002: *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1982: Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, in: Harald Bogs et al. (Hrsg.): *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 375-413.
- Hof, Bernd, 2001: *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*. PKV-Dokumentation 24. Köln: PKV.
- Kingdon, John W., 1984: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

- Lehmbruch, Gerhard, 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.): *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 11-32.
- Luhmann, Niklas, 1983a: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht, in: Philip Herder-Dorneich/Axel Schuller (Hrsg.): *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart: Kohlhammer, 28-49.
- Luhmann, Niklas, 1983b: Medizin und Gesellschaftstheorie, in: *Medizin - Mensch - Gesellschaft* 8, 168-175.
- Luhmann, Niklas, 1997: *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Zwei Teilbände. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mayntz, Renate, 1990: *Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens*, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 1. Jg., Nr. 3, 283-307 (erneut abgedruckt in: Renate Mayntz, 1997: Soziale Dynamik und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus, 209-238).
- Mayntz, Renate/Bernd Rosewitz, 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Renate Mayntz et al.: *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a. M.: Campus, 117-179.
- Mayntz, Renate/Fritz W. Scharpf, 1995: Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.): *Gesellschaftliche Selbstregulierung und Politische Steuerung*. Frankfurt a. M.: Campus, 39-72.
- Murswiek, Axel, 1990: Politische Steuerung des Gesundheitswesens, in: Klaus von Beyme/Manfred G. Schmidt (Hrsg.): *Politik in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 150-176.
- Naschold, Frieder, 1967: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*. Freiburg: Rombach.
- Reiners, Hartmut, 1999: Chronologischer Sanierungsfall? Das Gesundheitswesen in den Neuen Ländern, in: *Dr. med Mabuse* 122, 48-50.
- Rosewitz, Bernd/Uwe Schimank, 1988: Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Renate Mayntz et al.: *Differenzierung und Verselbständigung*. Frankfurt a. M.: Campus, 295-329.
- Rosewitz, Bernd/Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Scharpf, Fritz W, 1988: The Joint-Decision Trap: Lessons from German Federalism and European Integration, in: *Public Administration* 66, 239-278.

- Scharpf, Fritz W., 1998: Die Problemlösefähigkeit der Mehrebenenpolitik in Europa, in: Beate Kohler-Koch (Hrsg.): *Regieren in entgrenzten Räumen*. Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 29. Opladen: Westdeutscher Verlag, 121-144.
- Scharpf, Fritz W., 2000: *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schimank, Uwe, 1996: *Theorien gesellschaftlicher Differenzierung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schimank, Uwe, 2000: Gesellschaftliche Integrationsprobleme im Spiegel soziologischer Gegenwartsdiagnosen, in: *Berliner Journal für Soziologie* 4/2000, 449-469.
- Schimank, Uwe/Stefan Lange, 2000, Politik und gesellschaftliche Integration, in: Armin Nassehi/Markus Schroer (Hrsg.): *Der Begriff des Politischen. Entgrenzte Politik oder Begrenzung der Politik?* Soziale Welt-Sonderband.
- Schmid, Josef, 2002: *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, Manfred G., 1999: Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder, in: *Politische Vierteljahresschrift*, 40. Jg., Nr. 2, 229-245.
- SVRKAiG 1996: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Band I. Baden-Baden: Nomos.
- Wiesenthal, Helmut, 1981: *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Wörz, Markus/Matthias Wismar, 2001: Green Politics in Germany: What is Green Health Care Policy?, in: *International Journal of Health Services* (Amityvill, NY), 31. Jg. Nr. 4, 847-867.